1893
Lane Medical Library

Ueber
das Wesen und die Behandlung der
Perityphlitiden.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Dienstag, den 20. Juni 1893,

Vormittags 1/2 12 Uhr,

öffentlich vertheidigen wird

Paul Talke

prakt. Arzt

in Rothenburg O./L.

Opponenten:

Herr Drd. med. Stanulla, prakt. Arzt.
Herr Dr. med. Kahl.
Herr cand. med. Ohl.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1893.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0349

Dem

Kaufmann Herrn Ernst Müller

in grösster Hochachtung

gewidmet

vom

Verfasser.

Von dem verstorbenen Professor v. Volkmann wurde einst die Behauptung aufgestellt, dass die Erkrankungen des Wurmfortsatzes in die Behandlung des Chirurgen gehörten, eine Ansicht, die heute fast noch allgemein gültig ist.

Es sei mir trotzdem hier gestattet, die Frage über die Behandlung der Perityphlitis vom Standpunkte und nach den Erfahrungen der inneren Medizin zu erörtern.

Die Feststellung der Indikation zur operativen Behandlung der Perityphlitis sowie zu einer sonstigen Behandlung hängt direct ab von den Vorstellungen, die man sich über das Wesen der in Frage stehenden Erkrankung macht, über Aetiologie, pathologische Anatomie und Pathogenese.

Demnach will ich hierüber einige Worte sagen, jedoch werde ich bei dieser ganzen Abhandlung nur die gewöhnlichen Perityphlitiden im Auge behalten und von der tuberculösen actinomycotischen u. s. w. Form vollständig absehen.

Der eigentliche Beginn der Kenntnis unserer Erkrankung fällt in den Anfang dieses Jahrhunderts, wo deutsche, englische und französische Autoren ausführlichere Schriften über eine in der rechten Fossa iliaca auftretende umschriebene Geschwulst veröffentlichten. Von den deutschen Ärzten war es Puchelt, der die Krankheitsform genauer untersuchte und ihr den Namen Perityphlitis gab. Ihm folgte Volz, der auch gleichzeitig auf die interne Behandlung mit Opium hinwies. Volz richtete sein Augenmerk hauptsächlich auf die durch Kothsteine bedingte Durch-

bohrung des Wurmfortsatzes und die sich hieran anschliessende Entzündung des Peritoneums, obwohl die Kothsteine allein nicht die Ursache der Erkrankung sind, sondern auch tuberculöse, typhöse und diphtheritische Prozesse, Puerperalfieber, Carcinom u. s. w. ätiologische Momente abgeben können.

Was den anatomischen Sitz der Erkrankung anbelangt, so schreibt Bamberger hierüber: „Das Gemeinsame der abzuhandelnden Krankheitsformen vom klinischen Standpunkte sind die Symptome der Entzündung und Exudation in der rechten Fossa iliaca, jenem Raume, der nach oben durch die Crista ossis ilei, nach unten durch die hintere Wand des Pupart'schen Bandes und nach innen durch eine imaginäre Linie begrenzt wird, die man sich vom Angulus sacro-vertebralis zur Spina ossis pubis gezogen denkt (Velpeau). Ihren Grund bildet die den Musculus iliacus und psoas bedeckende Fascia iliaca, deren Inhalt nebst einigen Schlingen des Ileum, vorzugsweise der Blinddarm mit dem wurmförmigen Anhang und das Anfangsstück des aufsteigenden Grimmdarmes. Die vordere Fläche der Fascia iliaca ist auf der ganzen Darmbeingrube mit einem reichlichen, lockeren und blätterigen, häufig von vielem Fett durchsetzten Bindegewebe bedeckt, durch welches der hintere, nicht vom Peritoneum bekleidete Umfang des Blinddarms an jene fixiert ist."

Aus diesem Verhalten des Peritoneum kam nun die verschiedene Bezeichnung der Erkrankung. Man sprach von Typhlitis, wenn man annahm, dass die Entzündung nur die Wand des Coecums betreffe. Man nannte die Erkrankung Perityphlitis, wenn mit höchster Wahrscheinlichkeit anzunehmen war, dass das Peritoneum mit an der Entzündung teilnehme. Unter Paratyphlitis verstand man die entzündliche Erkrankung der Wand des Coecums mit Beteiligung des retroperitonealen Bindegewebes. Heute ist

man ziemlich darüber einig, dass man dieser schematisierenden Einteilung fast gar keinen practischen Wert beilegt, weil eine scharfe Trennung klinisch und anatomisch wohl kaum oder doch nur in den allerseltensten Fällen möglich sein dürfte. Höchstens könnte es insofern von einiger Bedeutung sein, dass man in Bezug auf den operativen Eingriff feststellen könnte, ob der zu entleerende Abscess paratyphlitisch oder perityphlitisch oder mit anderen Worten, ob derselbe extra oder intraperitoneal gelegen ist. Es bleibt jedoch auch in dieser Beziehung ziemlich gleichgültig, da die praktische Erfahrung gelehrt hat, dass auch die intraperitoneal gelegenen Abscesse von dem übrigen Teil des Peritoneum durch Adhäsion gut abgeschlossen zu sein pflegen.

In unserer neuen Zeit, wo man immer mehr Gewicht darauf legte, dass die operative Behandlung gewisser Fälle möglichst frühzeitig vorgenommen werde, hat man das Hauptaugenmerk auf eine andere Unterscheidung gelenkt, die nach der Auffassung der Chirurgen in unmittelbarster Weise die Indikationen für oder gegen die operative Behandlung abgeben sollte, nämlich auf die Unterscheidung zwischen der sogenannten Typhlitis stercoralis und der Appendicitis.

Die heute ziemlich allgemein verbreitete Ansicht über die Typhlitis stercoralis ist folgende: Dieselbe soll meistens eine Folge langdauernder hartnäckiger Verstopfung sein. Infolgedessen bleiben die Kothmassen im Coecum stehen und werden durch Resorption eines bedeutenden Teiles ihrer flüssigen Bestandteile beraubt. Jetzt wirken diese harten Kothmassen auf die Wand des Coecums ein und versetzen dieselbe in den Zustand der Entzündung. Das klinische Bild zeigt jetzt die Prodromalerscheinungen einer chronischen hartnäckigen Verstopfung, mehr oder weniger heftige Schmerzen, Auftreibung des Abdomens, die durch die Stenose des Darmlumens bedingt wird. Ferner tritt

in einer grossen Zahl von Fällen Erbrechen und Fieber mittlerer Intensität hinzu. Die objektive Untersuchung ergiebt einen Tumor in der Gegend des Coecums, welcher auch der Gestalt des Coecums entspricht und auf Druck schmerzhaft ist. Derselbe ist etwas beweglich, mehr seitlich als auf- und abwärts. Die Perkussion an der betreffenden Stelle ergiebt gedämpften Schall. Bei Behandlung mit Klystieren resp. Abführmitteln soll nun dieser Tumor, der also, wie wir eben gesehen haben, aus der entzündeten Wand des Coecums und den darin lagernden Kothmassen besteht, zum Schwinden gebracht werden, wodurch dann selbstverständlich auch den krankhaften und lästigen Beschwerden ein Ende gemacht wird.

Da nach dieser Auffassung die Entstehung der Typhlitis stercoralis eine mechanische ist, so ist sie eine Entzündung leichterer Art und hat als solche weniger die Tendenz, das Perityphlinum und Peritoneum in intensiverem Grade in Mitleidenschaft zu ziehen. Eine Folge hiervon ist, dass diese Fälle bei der oben angeführten Behandlung heilen, ohne dass eine Abscessbildung zustande kommt. Es kommt mithin bei diesen Fällen die Frage der Operation garnicht in Betracht.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei der eiterigen Appendicitis. Teils mit, teils ohne Prodromalerscheinungen erkrankt der Patient mehr oder weniger plötzlich mit peritonitischen Erscheinungen, Schmerzen in der Ileocoecalgegend, Druckempfindlichkeit daselbst, meistens Erbrechen und mehr oder weniger regelmässigem Fieber. Diesem Symptomenkomplex liegt immer eine Affektion des Processus vermiformis zu Grunde. Dieser ist in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle der Ausgangspunkt der Perityphlitis, während es der Blinddarm als solcher nur sehr selten ist.

Es dringen Fäkalmassen vom Coecum aus in den

Appendix, durch Resorption der wässerigen Bestandteile werden dieselben eingedickt, nun inkrustieren sie sich mit Kalksalzen und werden an ihrem Rücktritt durch die an der Einmündungsstelle des Wurmfortsatzes gelegene Gerlachsche Klappe gehindert. Ausserdem fehlt auch der relativ schwachen Muskulatur des Processus vermiformis die Kraft, die eingedrungenen Fäkalmassen wieder aus dem Lumen des Appendix zu entfernen, ganz abgesehen davon, dass die Retention noch durch die oft bedeutenden Knickungen des Processus vermiformis in hohem Grade begünstigt wird. Hat sich nun unter diesen Vorgängen ein Kothstein im Processus vermiformis festgesetzt, so wird derselbe anfangs nur einen leichten Reiz der Schleimhaut hervorrufen, bald jedoch infolge des andauernden, wenn auch an sich geringen Druckes einen Decubitus hervorrufen, der nach und nach die ganze Dicke der Wandung durchsetzt und schliesslich auch die Serosa zur Nekrose bringt. Dieser Vorgang kann chronisch und ganz symptomlos verlaufen und Monate, ja selbst Jahre lang dauern, ehe es zur vollständigen Perforation kommt. Dass die Perforation des Processus vermiformis die weitaus häufigste Ursache der Perityphlitis ist, ist unter anderen auch aus den klinischen Sektionsberichten ersichtlich. So fand Matterstock unter 195 Sektionen von Perityphlitis 170 Perforationen des Appendix. Diese Art des Krankheitsverlaufes stellt Roux sehr scharf begrenzt den gemeinhin als Typhlitis stercoralis bezeichneten Fällen gegenüber, Er macht vor allen Dingen darauf aufmerksam, dass man in diesen Fällen den Processus vermiformis mitunter fühlt, dass aber im übrigen ein Tumor in der Ileocoecalgegend nie vorhanden ist, was bei Typhlitis stercoralis Regel. In diesen Fällen ist nach Roux meist nur eine diffuse Resistenz in der Tiefe vorhanden. Zu dieser gesellt sich als charakteristisches Merkmal der tiefen Eiterung eine palpable, etwas teigige, dabei

tymphanitisch schallende Resistenz der Coecumwand, weil diese infolge der septischen Entzündung ödematös wird. Dies sind nun die Fälle, die nach Roux immer und zwar möglichst bald operiert werden müssten, um den Patienten nicht einer bedeutenden Lebensgefahr auszusetzen. Die Ansicht von Roux liesse sich folgendermassen ausdrücken: Die Typhlitis stercoralis heilt spontan, mithin ist ein operativer Eingriff nicht nötig. Die eiterige Appendicitis hat fast gar keine Chancen zur spontanen Heilung, sie ist stets gefährlich wegen der drohenden Perforation ins Peritoneum, sie müsste immer operiert werden und zwar möglichst bald, selbst wenn die Krankheitserscheinungen nicht schwerer Natur sind. Hiernach werden also zwei Krankheitstypen aufgestellt: 1. die Typhlitis stercoralis und 2. Appendicitis suppurativa.

Diese Einteilung ist absolut nicht stichhaltig. Zunächst giebt es Fälle, die unter dem Bilde der Typhlitis stercoralis verlaufen, dennoch aber später einen ungünstigen Ausgang nehmen. Andererseits giebt es Fälle, welche die Roux'schen Symptome der Appendicitis suppurativa aufweisen, jedoch in so kurzer Zeit spontan heilten, dass an Operation garnicht zu denken war. Aber nicht blos die Endresultate sind es, welche die Einteilung von Roux in zwei Typen ins Schwanken bringen, sondern auch die Symptome selbst. Denn es giebt Fälle mit vollständig palpablem Tumor, der jedoch absolut nicht für einen Kothpfropf angesehen werden kann, weil er bedeutend die Grösse des Coecums überragt. Mit anderen Worten, es giebt in dem objektiven Untersuchungsbefund Übergangsformen, die sich in die obige Einteilung nicht einreihen lassen. Wo liegt nun der Fehler? Alle Autoren, welche für die Typhlitis stercoralis in die Schranken treten, nehmen ohne weiteres an, dass der bekannte Tumor aus Kothmassen bestehe. Dies ist jedoch eine Annahme, die

noch garnicht bewiesen ist, denn zunächst hat noch niemand diesen Kothpfropf gesehen, da derartige Fälle nicht operiert werden. Andererseits ergeben die Sektionsbefunde, dass die Kothmassen im Coecum wegen der Nähe des Ileums ziemlich weiche Consistenz haben, während harte Kothmassen erst in den tieferen Teilen des Colon angetroffen werden infolge der fortwährenden Wasserresorption. Ferner fühlt man bei sehr verstopften Leuten in der Flexura sigmoidea und etwa noch im absteigenden und, aber schon sehr selten, im horizontalen Teile des Colon Kothpfropfen, im Coecum jedoch nie. Weiter ist es ja ganz richtig, dass der sogenannten Typhlitis stercoralis Verstopfung vorangeht, jedoch ist dieselbe öfters von so kurzer Dauer, dass sich die ungewöhnliche Erscheinung einer so hochgradigen Stagnation und Eindickung der Kothmassen im Coecum absolut nicht erklären lässt. Dass jedoch im Laufe der Erkrankung infolge der entzündlichen Parese der Darmwand sekundär im Coecum eine Stagnation des Darminhaltes zustande kommen kann, welche die Consistenz des Tumors noch vermehrt, ist höchst wahrscheinlich.

Mit Rücksicht auf diese Überlegungen und in Anbetracht des Umstandes, dass noch von niemandem die Existenz eines primären Kothpfropfes nachgewiesen worden ist, behauptet Professor Dr. Sahli, dass es eine Tpphlitis stercoralis im Sinne der Autoren überhaupt nicht giebt.

Wenn wir das vorher Gesagte und die oben erwähnten Übergangsformen im Verlaufe und im objektiven Befund bei der Typhlitis stercoralis und Appendicitis berücksichtigen, so kommen wir zu dem Schlusse, dass die beiden Erkrankungen prinzipiell identisch sind und dass ein Unterschied nur in den klinischen Bildern der Extreme besteht. Dieser Unterschied hat zu der Einteilung von Roux die

Veranlassung gegeben, und diesen will ich auch im folgenden noch weiter beleuchten.

Alle jene Entzündungen, die man mit dem Namen Perityphlitis zusammenfasst, haben das gemeinsam, dass sie auf einer Infektion der Wand des Coecums und seiner umgebenden Gewebe vom Darmkanal aus beruhen. Die Verschiedenheiten, welche die einzelnen Fälle in ihrem Verlaufe oder im Untersuchungsbefunde aufweisen, sind nur Differenzen im Virulenzgrade. Die weniger heftigen Entzündungen treten unter dem klinischen Bilde der Typhlitis stercoralis auf, die heftigeren unter dem Bilde der Appendicitis. Man hat versucht, diese Erscheinungen zu schematisieren und hat gesagt: Die heftigeren Fälle, die unter dem Bilde der Appendicitis verlaufen, sind perforativ, die weniger heftigen nicht. Dies passt jedoch nicht für alle Fälle, denn es sind Erkrankungen beobachtet worden, die unter dem Bilde der Typhlitis stercoralis begannen, im weiteren Verlaufe jedoch zur Bildung von Kothabscessen führten, die dann operiert werden mussten. Anderenteils giebt es Fälle, die mit den Roux'schen Merkmalen der Appendicitis begannen, dann jedoch mit Bildung eines festeren Tumors mit oder ohne spontane Entleerung eines Abscesses nach aussen einen günstigen Abschluss fanden.

Hat nun schliesslich eine Perforation stattgefunden, so müsste der Austritt von Darminhalt in die Peritonealhöhle und im Anschluss hieran eine tödtlich verlaufende Peritonitis die Folge sein. Aber Dank der vortrefflichen Fürsorge der Natur ist dies nur sehr selten der Fall; denn es kommt meist nur bei den plötzlichen Perforationen zu einer allgemeinen Peritonitis. Die Prognose ist trotzdem nicht ganz ungünstig; denn es handelt sich hier immer um Personen, die bis dahin völlig gesund waren und die Schwere der Erkrankung leichter ertragen können als z. B. ein Typhuskranker, bei dem eine Darmperforation eintritt.

Ferner ist der Processus vermiformis in seinen Bewegungen sehr beschränkt, so dass er nicht derartige Exkursionen machen kann wie eine Dünndarmschlinge, und infolgedessen auch der Darminhalt nicht sogleich das ganze Peritoneum infiziert. Weiter kann aus dem kleinen Appendix nie soviel infektiöser Darminhalt ausfliessen als aus einer Darmschlinge. Ausserdem ist der Inhalt des Wurmfortsatzes fast durchgängig von relativ fester Consistenz, und derselbe kann sich auch infolge seiner tieferen Lage in der Bauchhöhle sehr viel langsamer weiter bewegen.

Wie ich oben andeutete, ist allgemeine Peritonitis für gewöhnlich nur die Folge einer plötzlichen Perforation. Bei unserer Erkrankung geht aber die Perforation meist sehr langsam und allmählich vor sich. Hier tritt besonders ein Umstand hinzu, der vor dem plötzlichen Durchbruch in die Bauchhöhle schützt. Das sind die peritonitischen Verwachsungen des Processus vermiformis mit dessen Umgebung. Infolge des Reizes, den der abnorme Inhalt des Wurmfortsatzes auf seine Umgebung ausübt, verkleben, noch ehe die Geschwürsbildung die Serosa erreicht, die peritonealen Flächen mit einander, die schon an und für sich dazu grosse Neigung haben. Wenn also nun endlich die Perforation zu Stande kommt, so ist die Perforationsstelle bereits von ihrer Nachbarschaft abgekapselt.

Wie ich schon weiter oben erwähnte, ist der Processus vermiformis in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle die Ursache der Perityphlitis. Dies ist eine Behauptung, die sich allerdings nicht mit absoluter Bestimmtheit beweisen lässt, da man nur in schweren Fällen bei der Operation oder bei der Sektion einen direkten Anblick des Krankheitsfeldes gewinnen kann. Jedoch ist diese Annahme im höchsten Grade wahrscheinlich; denn zunächst ist es die Lokalisation, die uns auf diesen Gedanken bringen muss. Das Anfangsstück des Colons hat fast gar keine

vorrufen kann, dieser Umstand lässt schliessen, dass die durch dieses Bacterium hervorgerufenen Erkrankungen auch unter gleichen Bedingungen nicht immer gleichen Verlauf haben werden. Es ist nach alledem die Verschiedenheit im Verlauf der Perityphlitiden und ihre verschiedene Neigung zur Perforation des Processus vermiformis dadurch zu erklären, dass die meisten derartigen Erkrankungen Appendicitiden von verschiedener Virulenz sind. Mithin kann die Einteilung in Appendicitis und Typhlitis stercoralis vollständig fallen gelassen werden. Hiermit ist nicht nur der verschiedene Ausgang der Erkrankungsformen erklärt, sondern auch die Verschiedenheit in dem Untersuchungsbefunde. Die virulenten Formen greifen eben schnell um sich und kapseln sich wenig ab, so dass wenigen resistente diffuse Schwellung zu konstatieren ist und dass weiter die weniger virulenten Formen den bekannten Kothpfropf vortäuschen, der in der Hauptsache absolut nicht aus Kothmassen besteht, sondern sich aus der resistenten zu solider Abkapselung führenden Infiltration von Darmwand und Peritoneum und vielleicht mitunter aus kleinen abgekapselten Abscessen und serösen Exsudaten zusammensetzt.

Bei dem günstigen Ausgange der perityphilitischen Abscesse kommen zwei Gesichtspunkte in Betracht: 1) die Resorption des Abscesses; 2) die gutartige Perforation nach aussen, Darm, Blase etc. Für den ersten Fall, die Resorption, giebt es Beispiele, dass man durch Probe-Punktion den Eiter nachgewiesen hat, plötzlich aber die Erscheinungen verschwanden, ohne dass ein operativer Eingriff geschah und ohne dass man trotz sorgfältiger Untersuchung im Stuhlgang oder im Urin Eiter nachweisen konnte. Ein Beispiel, dass ein wenig virulenter Abscess unter Umständen resorbiert werden kann, liefern ausserdem die metapneumonischen Empyeme. Wenn man demnach

ie wenig virulenten Formen nicht operativ behandelt, so egt allerdings noch die Gefahr vor, ob der Abscess auch irklich in Darm oder Blase, oder ob er ins Peritoneum erforieren wird. Dies ist auch der Punkt, welcher von en Chirurgen, die für sofortige Operation stimmen, betont ird. Nun hat sich aber herausgestellt, dass die Appenicitiden, die nicht stürmisch verlaufen und nicht resorbiert erden, die Neigung haben, in den Darm, die Blase oder ach aussen zu perforieren. Diese günstige Perforation erlärt sich aus der schon oben erwähnten grossen Neigung er leichteren Formen zur Abkapselung, es wird dadurch in Damm gebildet, der widerstandsfähiger ist als Darm, Blase oder selbst Bauchwand.

Die Behandlung der Perityphilitiden ist nun, da die einzelnen Formen im Wesen dieselben und nur graduell verschieden sind, in allen Fällen die gleiche, soweit nicht eine operative Indikation vorliegt.

Der erste Gesichtspunkt in der Behandlung ist die Ruhestellung des afficierten Organs. Es ist demnach Bettruhe vor allen Dingen nötig, die auch dann noch beibehalten werden muss, wenn die Beschwerden des Patienten sich grösstenteils gelegt haben. Die zweite wichtige therapeutische Massnahme ist die Entziehung der Nahrung per os. Der Patient erhält Nahrung und Wasser im Klystier. Professor Sahli verabfolgt dasselbe folgendermassen: Ein bis dreimal täglich ein Klystier von 200 cbcm. Fleischbrühe, der man zwei bis drei gut gerührte Eier und einen Esslöffel pulverförmiges Pepton zugesetzt hat. Huber schlägt vor, auf jedes Ei 1,0 Gramm Kochsalz hinzuzusetzen. Zur Stillung des Durstes kann der Patient noch in der Zwischenzeit Wasserklystiere erhalten. Übermässiger Durst kann ausserdem noch durch subcutane Injektion einer physiologischen Kochsalz-Lösung beseitigt werden. Die Klystiere müssen auf Körpertemperatur erwärmt sein, da-

farbe ist frisch und gesund. Der Thorax ist gut und gleichmässig gewölbt, die Fossae supraclaviculares sind beiderseits etwas eingesunken. Das ganze Abdomen ist auf Druck empfindlich, besonders auf der rechten Seite. Es besteht ein mässiger Meteorismus.

Systema respirationis.

Die Perkussion ergiebt vorn über der ganzen Lunge normalen sonoren Schall, die Auskultation normales vesiculäres Atmen. Die Atmung ist regelmässig, beide Thoraxhälften dehnen sich dabei gleichmässig aus. Die hinteren Partien konnten nicht untersucht werden, da Patientin nicht aufgerichtet werden konnte.

Systema circulationis.

Der Spitzenstoss ist nicht sichtbar. Er liegt im fünften linken Intercostalraum in der Mammillarlinie. Die absolute Herzdämpfung reicht rechts bis zum linken Sternalrand, oben bis zum unteren Rand der vierten Rippe, nach links bis zur Mammillarlinie. Die Herztöne sind rein und voll, der zweite Pulmonalton verstärkt. Der Puls ist klein und etwas beschleunigt.

Systema digestionis.

Die sichtbaren Schleimhäute sind gut gerötet, die Zunge ist nicht belegt, die Tonsillen nicht angeschwollen, der weiche Gaumen stark gerötet. Das Abdomen zeigt etwas Meteorismus. Es ist in seiner ganzen Ausdehnung, besonders aber rechts, schmerzhaft. Die Perkussion des Abdomens giebt tympanitischen Schall, abgesehen die Gegend des Coecums, woselbst eine Dämpfung vorhanden ist. Es bestehen Magenschmerzen und Durchfälle von bräunlicher Farbe. Der Appetit ist gering. Die Leberdämpfung beginnt am unteren Rande der sechsten Rippe. Die Milz ist nicht palpabel, auch percutorisch nicht vergrössert. Roseolen sind nicht vorhanden.

Systema nervosum.

Nichts abnormes zu konstatieren.

Systema uro-poëticum et genitale.

Der Urin ist klar, die Reaktion desselben ist sauer; er enthält weder Zucker noch Eiweiss. Beim Urinlassen keine Beschwerden. Die Menses stellten sich bei der Patientin im fünfzehnten Jahre ein. Sie traten in der ersten Zeit mehrmals im Monat auf und waren bis heute stets unregelmässig.

Diagnose.

Typhlitis und Perityphlitis.

Status praesens vom 14. X.

In der letzten Nacht starker Schweiss aufgetreten. Die Schmerzen im Abdomen sind nur noch rechts vorhanden, wo eine deutliche Resistenz fühlbar ist. Der Schlaf war gut, Kopfschmerzen fehlen. Patientin bekommt Einläufe und Mixtura acida.

Status praesens vom 19. X.

Patientin erhält zweimal täglich eine Darmausspülung von Salicylbor, Abends trat plötzlich eine Fiebersteigerung ein bis zu 39,8 Grad. Der Puls war beschleunigt. Das Abdomen äusserst schmerzhaft, selbst bei leisester Berührung. Es scheinen allgemeine peritonitische Erscheinungen zur Perityphlitis hinzuzutreten. Patientin bekommt eine Eisblase aufs Abdomen und Tinctura opii simplex.

Status praesens vom 21. X.

Die Schmerzen im Abdomen sind fast vollständig wieder verschwunden. Morgens ist die Temperatur ziemlich niedrig, Abends tritt eine Steigerung bis 39 Grad ein. In der rechten Ileocöcalgegend ist deutlich eine Geschwulst zu fühlen, dieselbe ist schmerzhaft. Patientin erhält flüssige Diät und Opium.

Status praesens vom 24. X.

Über der Symphyse ist nun ein nach rechts oben si
fortsetzendes Exsudat fühlbar. Die Exploratio per ani
zeigt den vorderen und hinteren Douglas'schen Raum dur
Exsudat abwärts gedrängt. Fluctuation besteht nicht, eb
sowenig Schmerzhaftigkeit. Die Geschwulst ist etw
verschiebbar.

Status praesens vom 25. X.

Patientin hat spontan zwei dünne Stühle, die nur a
Eiter bestehen. Der Abscess ist in's Colon ascendens p
foriert, infolgedessen ist die Temperatur heruntergegang

Status praesens vom 27. X.

Der Appetit ist gut, der Durst vermehrt, Stuhlga
regelmässig, der Puls verlangsamt, Meteorismus nicht me
vorhanden. Bei Palpation fühlt man die Geschwulst, di
selbe ist noch schmerzhaft.

Therapie: Eisblase, absolute Ruhe, flüssige Diät, Opiu

Status praesens vom 1. XI.

Die Reconvalescenz macht erfreuliche Fortschritt
Befinden der Patientin ist gut, sie erhält pro Tag ein
Zwieback.

Status praesens vom 5. XI.

Der Tumor ist weder von den Bauchdecken noch vo
Rectum aus zu fühlen. Patientin erhält eine Semmel mit E

Status praesens vom 11. XI.

Patientin verlässt das Bett zum ersten Male. Di
Palpation der rechten Seite ist noch sehr wenig schmerz
haft, ein Tumor ist nicht mehr zu fühlen. Patientin wieg
95 Pfund.

Status praesens vom 18. XI.

Patientin wiegt 99 Pfund. Das Allgemeinbefinden is
gut, der Stuhlgang nach Ricinusöl regelmässig. Di

econvalescenz schreitet ungestört weiter. Patientin erhält thenstädt'sche Eisentinctur.

Status praesens vom 18. XII.

Patientin wird heut auf ihren Wunsch hin entlassen. ie ist vollständig von ihrem Leiden geheilt. Die Palpation es Abdomens ergiebt nirgends Schmerzempfindlichkeit. ei der Exploratio per anum ist kein Tumor mehr zu ühlen. Das Körpergewicht, welches auf 95 Pfund herabesunken war, ist wieder bis auf 112 Pfund gestiegen. Das Allgemeinbefinden ist ein andauernd gutes, nur zuweilen, besonders beim Heben schwerer Gegenstände, ühlt Patientin noch Schmerzen in der Coecalgegend. Es st sicher anzunehmen, dass die Heilung eine dauernde ein wird.

Fall II.

Patientin ist die 27 jährige unverheiratete Marie V. Von den Eltern ist der Vater vor 12 Jahren an einem Schlaganfall gestorben. Die Mutter leidet nach Aussage der Patientin an Atemnot. Das gegenwärtige Leiden fing vor 3 Jahren an; nachdem Patientin von einer Leiter gefallen war, fühlte sie Schmerzen in der rechten Regio hypogastrica, welche sehr lange anhielten und eine Zeit lang so bedeutend waren, dass sie kaum zu gehen imstande war und das rechte Bein nicht benutzen konnte. Es trat anscheinend später Besserung ein, da sie später wieder gearbeitet haben will. Vor einem Jahre bildete sich nahe am Ligamentum Poupartii ein Geschwür, welches vom behandelnden Arzt incidiert wurde. Darauf will Patientin gesund geworden sein. Zu Weihnachten vorigen Jahres fingen die früheren Schmerzen wieder an, und da dieselben immer bedeutender wurden, liess sich Patientin am 19. April cr. in die Greifswalder Königl. Universitätsklinik aufnehmen.

Status praesens vom 19. IV.

Patientin ist eine ziemlich grosse Person von mässigem schlaffer Muskulatur und geringem Fettpolster. Wangen und sichtbare Schleimhäute sind mässig gerötet, die Haut trocken, Oedeme und Exantheme sind nicht vorhanden. Die Temperatur schwankt von 37 bis 39 Grad.

Systema digestionis.

Die Zunge ist nicht belegt, Appetit schlecht, Stuhlgang angehalten. Das Abdomen ist ziemlich stark aufgetrieben, bei Palpation schmerzhaft, besonders in der rechten Regio hypogastrica. Hier fühlt man bei der Palpation eine Resistenz, welche sich bis über die Medianlinie erstreckt, nach oben seitwärts bis beinahe unter den Rippenbogen reicht, in der Medianlinie bis in die Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Im Bereich dieser Resistenz bemerkt man 6 cm von der Medianlinie entfernt und 7 cm oberhalb der Symphyse eine rundliche, etwas eingezogene Narbe, welche nach Angabe der Patientin von einer früheren Incision herrührt. Sie hat Ähnlichkeit mit einem zugeheilten Fistelgang. Bei der Perkussion des Abdomens hört man überall tympanitischen Schall, welcher jedoch im Bereich der vorerwähnten Resistenz etwas gedämpft erscheint. In der nächsten Umgebung der Narbe ist deutliches Plätschern bemerkbar.

Systema respirationis.

Thorax mässig gewölbt, Supraclaviculargruben eingesunken. Die Lungengrenzen sind beiderseits gleich und zeigen keinerlei Abweichung von der Norm. Die Perkussion ergiebt überall lauten normalen Schall, die Auskultation normales vesiculäres Atmen.

Systema circulationis.

Der Puls ist ziemlich stark und beschleunigt, die Herzdämpfung ist normal, die Herztöne schwach, aber rein, der zweite Pulmonalton etwas verstärkt.

Systema nervosum.

Der Schlaf ist schlecht, Patientin klagt über Kopfweh.

Systema uro-poëticum.

Der Urin zeigt saure Reaktion, Farbe ist hellgelb, was getrübt. Er enthält keine pathologischen Bestandteile.

Diagnose. Perityphlitis.

Prognose. Dubia.

Therapie. Opium, Eisblase auf's Abdomen.

Status praesens vom 3. V.

Die Exploratio per vaginam ergiebt folgenden Befund: an fühlt eine Infiltration und Vorwölbung von harter onsistenz im vorderen Scheidengewölbe, ebenso an den beren rechten Partieen. Das hintere Scheidengewölbe ist ei, ebenso die linke Seite. Der Uterus ist schwer beeglich, Stellung der Portio normal, Orificum externum cht erweitert, die Scheide im Übrigen weit und von norhaler Beschaffenheit. Nach hinten fühlt man im Rectum arte knotige Kothballen.

Status praesens vom 6. V.

Der Urin zeigt einen dicken 2 cm hohen Satz von eisslich grauer Farbe. Die Untersuchung auf Eiweiss rgiebt einen reichlichen Niederschlag. Bei der mikroskoischen Untersuchung des Bodensatzes findet man spärliche lasenepithelien und eine Unmasse von Eiterkörperchen. s hat mithin an diesem Tage, da gleichzeitig die Tempeatur herunter ging, eine Perforation nach der Blase hin tattgefunden.

Status praesens vom 9. V.

Der Urin ergiebt einen gleichen, wenn auch etwas geingen Bodensatz. Die Temperatur ist in den letzten beiden agen aussergewöhnlich niedrig geblieben und betrug bends nur wenig über 37 Grad. Das subjektive Befinden st gut, abgesehen von periodenweise auftretenden Schmeren in der rechten Seite.

Litteratur.

Virchow: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie.

Virchow: Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie.

Sahli: Vortrag über das Wesen und die Behandlung der Perityphlitiden

Volz: Die Durchbohrung des Wurmfortsatzes.

Ziemssen: Specielle Pathologie und Therapie.

Lewy: Die Mikroorganismen der Eiterung.

Archiv für experimentelle Pathologie (1891).

Eulenburg: Realencyclopädie.

Lebenslauf.

Paul Talke, katholischer Konfession, Sohn des Kgl. Stationsvorsters Karl Talke, wurde am 16. Juli 1862 zu Gotthardsberg in Schlesien geboren. Er besuchte das Gymnasium zu Frankfurt a/O., welches er Michaelis 1884 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Hierauf studierte er in Breslau, Greifswald und Würzburg Medicin. Am 8. März 1887 bestand er die ärztliche Vorprüfung und am 15. Juli 1890 das medicinische Staatsexamen. Hierauf liess er sich in Neuwarp als praktischer Arzt nieder und verlegte im August 1892 seinen Wohnsitz nach Rothenburg O/L.

Seine akademischen Lehrer waren die Herren:

in Breslau:

Gscheidlen, Haeser, Hasse, Roux,

in Greifswald:

Budge, Grawitz, Helferich, Hoffmann, Holtz, Krabler, Landois, Limpricht, Mosler, Peiper, Pernice, v. Preusehen, Rinne, Schirmer, Schulz, Schmitz, Sommer, Strübing,

in Würzburg:

Heigl, Lehmann, v. Rindfleisch, Riedinger.

Diesen meinen verehrten Herren Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen Dank aus.

Thesen.

I.

Der bei Typhlitis stercoralis vorhandene bekannte Tumor besteht nicht oder doch nur zum allergeringsten Teile aus Kothmasse.

II.

Bei der Total-Exstirpation des Uterus ist die Methode per vaginam der per Laparotomiam vorzuziehen.

III.

Es ist wünschenswert, dass der Laie sich eine hygienische, nicht aber eine medizinische Bildung aneigne.